

大阪市立大学生生活科学部紀要・第49巻（2001）

# 経済改革以降の中国都市部における医療保険制度改革の歴史的展開

## — 公費・劳保医療制度から「基本医療保険制度」へ —

楊 開宇・坂口 正之

### The Development of Health Insurance System in the Urban Area in China since the Economic Reform

#### — From the Public Health Services to the Basic Medical Insurance System —

KAIYU YANG and MASAYUKI SAKAGUCHI

#### はじめに

中国の医療保険制度は、1949年に中華人民共和国が社会主義国として成立した後に創設されたものである。最近では、「公費医療制度」、「劳保医療制度」<sup>1)</sup>及び「農村合作医療制度」の三種類があり、これらの制度は、「無料医療」と呼ばれていた。しかし、この無料の医療保険制度は、1980年代から国家や企業にとって重い財政負担になり、そのままでは継続できない状態になっていた。

そのようななかで、1993年11月14日、政府は「社会主義市場経済体制を築く若干の問題に関する決定」を公布した。この決定は、社会保障制度改革の目標と原則を明確に定め、「中国社会保障制度の新段階を創立した」<sup>2)</sup>と言われ、社会保障制度改革が初めて社会主義市場経済の推進の重要な部分として位置づけするものである。

それを受け、中国の医療保険制度は、全国各地で様々な改革を試行した。しかし、1997年に全国統一的な年金制度がスタートし、1999年2月に、国務院は統一した失業保険制度の条例を公表したが、医療保険制度改革は、年金と失業制度改革よりも立ち遅れた。1998年12月14日、国務院は「城鎮職工基本医療保険制度の創設に関する国務院の決定」（以下「基本医療保険制度決定」と略称する）を公表し、1999年当初から同年末に至るまでの間に、都市部従業員の基本医療保険制度の創設を全国規模で基本的に達成するよう求めた。

本稿では、上記の3制度のうち、公費・劳保医療制度改革を中心として検討し、「農村合作医療制度」に関しては、稿を改めて別の機会に論じることとする。

従って、ここでは、まず、都市部の医療保険制度の仕組みを説明し、現状及び問題点を明らかにした上で、

「基本医療保険制度」という新制度が生まれた背景、特徴及び問題点に焦点をあて検討していきたい。

#### I 公費医療制度および劳保医療制度の現状分析

##### 1. 公費・劳保医療制度の仕組み

「公費医療制度」は、各地方政府が「公費医療管理委員会」<sup>3)</sup>を作り、各級衛生および財政部門が管理する。「劳保医療制度」は、企業が管理し、工会（日本の「労働組合」に相当する）と労働行政部門が企業を監督する。「公費医療制度」と「劳保医療制度」は、同じ管理型社会医療保険制度であったが、その財源、給付対象、給付内容及び管理機構などが異なっていた。そこで、それぞれの仕組みの特徴について説明する。

##### (1) 「公費医療制度」

「公費医療制度」は、1952年に、政務院（現在の国務院）の「全国各級人民政府・党派・団体及びその所属事業機関の政府職員に対する公費医療予防の実施に関する指示」の公布によって、正式に施行された。現行の「公費医療制度」は、1989年に衛生部および財政部が公表した「公費医療管理方法」によるものである。

「公費医療制度」の給付対象となる者は、主に各級政府機関、党派、人民団体及び文化・教育・研究所・衛生等の事業機関（以下「国家・事業機関」と略称する）の職員及び離休・退休者<sup>4)</sup>、在宅休養の二等乙級以上の革命障害軍人及び大学の在学生である。

給付内容は医療費用給付（日本の療養給付費に相当する）、疾病救済給付（傷病手当金に相当する）、労災給付と出産育児給付の四種類に細分されている（詳細は表1を参照のこと）。

表－1 「公費医療制度」と「労保医療制度」給付内容の比較表

項 目	「公 費 医 療 制 度」	「 労 保 医 療 制 度 」
	給付内容・基準	給付内容・基準
医療費用給付	a. 指定された医療機関、 b. 急病の場合に、指定外の医療機関、 c. 出張中または帰省休暇中には、現地の公的医療機関、 d. 転院を必要と認めた場合に、指定外の医療機関 で受診した際の診療費、医薬費、検査費、入院費、手術費。 扶養家族の医療費用は給付しない。	左と同じ。 扶養家族の医療費用の50%を給付する。
疾病救済給付	a. 休業が連続して6ヶ月以内は2ヶ月までは本人賃金の全額を支給し、3ヶ月目から本人賃金の90%を支給する。 b. 休業が連続して6ヶ月を超えた場合には、勤務年数によって、次のように決定される。 勤務年数：      給付額： 10年未満      本人賃金の70% 満10年～      80%	a. 休業が連続して6ヶ月以内は本人賃金の60～100%を支給する。給付額が本企業の勤務年数によって、次のように決定されている。 勤務年数：      給付額： 2年未満      本人賃金の60% 満2年～4年未満      70% 満4年～6年未満      80% 満6年～8年未満      90% 満8年～      100% b. 休業が連続して6ヶ月以上は本人賃金の40～60%を支給する。給付額が本企業の勤務年数によって、次のように決定されている。 勤務年数：      給付額： 1年未満      本人賃金の40% 満1年～3年未満      50% 満3年～      60%
労災給付	a. 労災によるすべての医療費用、交通費など。 b. 休業中に賃金は全額を支給する。 c. 入院中の食事費を2/3を補助する。 d. 労災による後遺症で退職した場合、起居飲食に介護の要否により本人賃金の80～90%を支給する。	左と同じ。
出産育児給付	a. 妊娠診療費、検査費及び分娩時の助産費、入院費などは全額を支給する。 b. 産休中は本人賃金の全額を支給する。 c. 「一人っ子」には14歳まで毎月5元を支給する。 d. 計画出産手術費（即ち人工中絶手術の医薬費）。	左と同じ。

出所：余健明編『中国社会保障全書』中国計画出版社、1998年、pp.311～327、

郭晋平編『中国社会保障制度総覧』中国民主法制出版社、1995年、pp.638～641を参考にして、作成した。

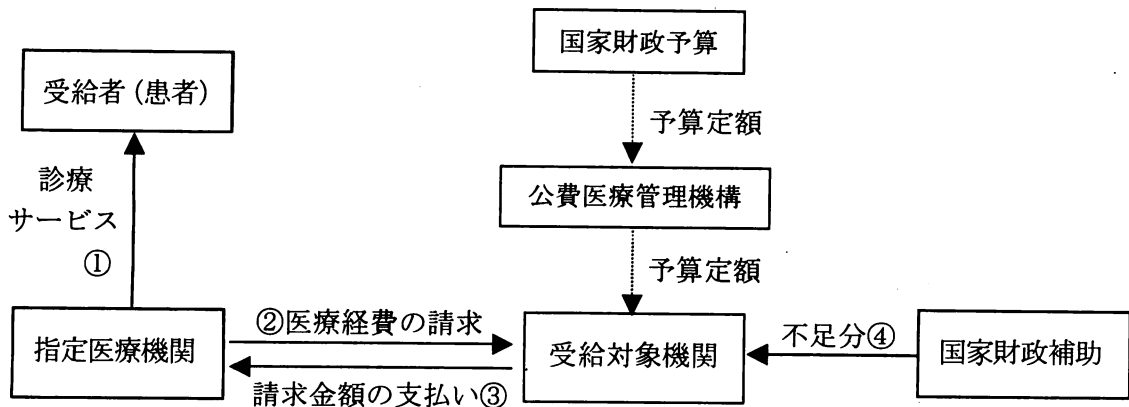
「公費医療制度」の財源は、国家財政予算の中で単独に予算定額が設けられている。この予算は、各級地方政府の財政部門の分配案に沿って、衛生部門を通じて公費医療管理機構に支給し、統一管理・運用されることになっている。

「公費医療制度」の仕組みは、図1のようにになっている。受給者は指定医療機関で診療サービスを受けたとき、その場で医療経費を支払わない。医療経費の請求は、指定

医療機関から受給者所属している受給対象機関に請求することになっている。受給対象機関は請求金額を支払い、その不足部分が国家財政から補助される。

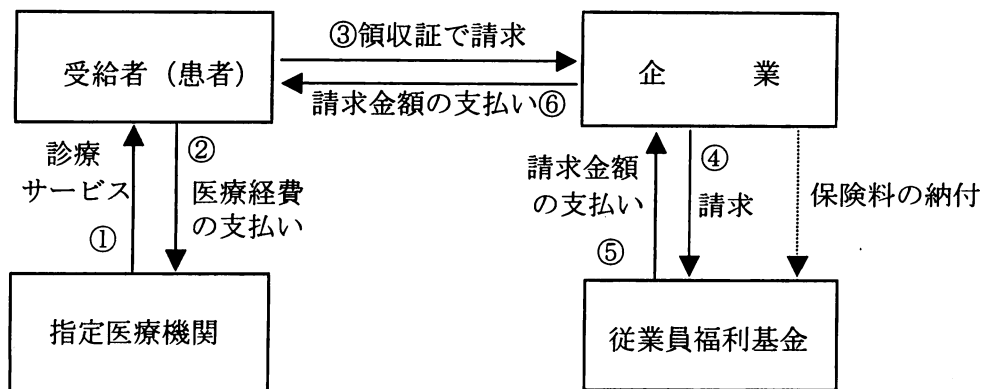
## （2）「労保医療制度」

「労保医療制度」は、1951年に公表された「労働保険条例」の中に含まれ、社会保障制度の重要な構成部分の一つとなっている。



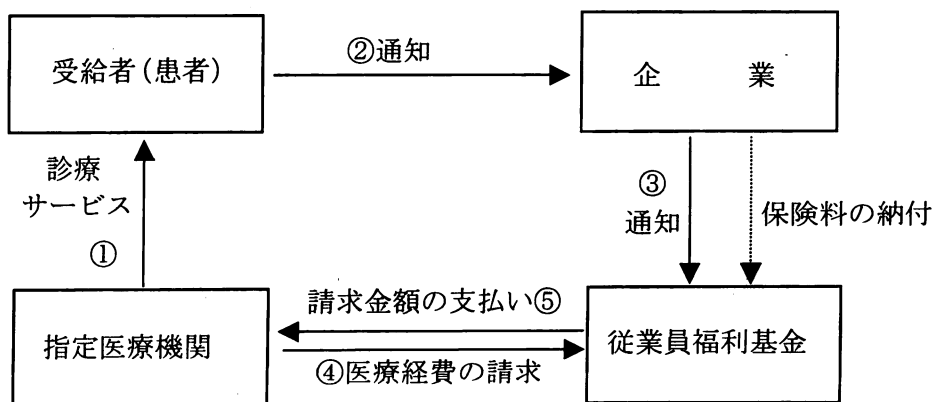
出所：衛生部・財政部『公費医療管理方法』中国計画出版社、1990年、pp.16～18を参考にして、作成した。

図－1 公費医療制度の仕組み



出所：陳風志編『城鎮職工医療保険制度改革実用手冊』地震出版社、1999年、pp.56～65を参考にして、作成した。

図－2 労保医療制度の仕組み（外来）



出所：陳風志編『城鎮職工医療保険制度改革実用手冊』地震出版社、1999年、pp.56～65を参考にして、作成した。

図－3 労保医療制度の仕組み（入院）

「劳保医療制度」の給付対象としては、①従業員の人数が100人を超える国营、公私合営、私营、協同組合経営の工場、鉱山及びその附属施設の従業員とその退職者、②鉄道、航運（日本の航空運送事業と海上運送事業に相当する）、郵便電信の各企業及びその附属施設の従業員とその退職者、③交通事業（日本の陸上運送事業に相当する）の各企業及び国营建築企業の従業員とその退職者、④以上の各企業従業員の扶養家族に対しても部分的な給付を行っている。

そして、「劳保医療制度」の給付は、「公費医療制度」の給付と同じく、医療費用給付、疾病救済給付、労災給付と出産育児給付の四種類がある。しかし、両制度の給付内容に比較して、一番大きな違いは「劳保医療制度」では、扶養家族は医療費用の50%を給付されることである（表1を参照）。

「劳保医療制度」の財源は、企業の「従業員福利基金」によって負担される。

1953年以前は、劳保医療経費は企業行政部門が直接その全額負担したが、しかし、1953年に企業が従業員に支払う賃金総額の5～7%相当の金額を企業会計から控除し（ただし、従業員個人は無拠出とされ）、これをもとに基金をつくり、その基金を通じて運用することになった。その後、若い従業員人数の増加と賃金額を上げたことにより、毎年の劳保医療経費に余剰ができたため、控除額は1957年に4.5～5.5%にまで引き下げられた。1969年、財政部は「国营企業財務管理制度の改革に関する意見（草案）」を公布した。この草案により、企業は従業員に支払う賃金総額の2.5%を企業の「集団福利事業費」、3%を企業の「生産奨励金」、5.5%を「医薬衛生補助金」とし、合わせて賃金総額の11%相当の金額を控除し、「従業員福利基金」として運用してきた。しかし、1992年以後、控除額は14%に引き上げられた。

「劳保医療制度」の外来診療の仕組みは、図2のようになっている。受給者は指定医療機関で診療サービスを受けたとき、その場で、医療経費を支払うことになっている。その後、領収証で企業に請求する。企業は従業員から請求を受け、そして、従業員福利基金に請求し、請求金額が従業員福利基金から企業に支払われる。企業は毎月その請求金額を受給者に支払うことになっている。

つぎに、「劳保医療制度」の入院診療の仕組みは、図3のようになっている。受給者は入院した場合、直ちに企業に通知する。また、企業は通知を受け、従業員福利基金に通知する。従業員福利基金は、指定医療機関から医療経費の請求の通知が来たとき、この通知と照合した上で、直接請求金額を保険医療機関に支払うことになって

いる。

## 2. 公費・劳保医療制度の問題点

上述のように、「公費医療制度」と「劳保医療制度」は、国家・事業機関と企業の従業員の基本的な医療を保障し、従業員の医療費用負担の困難を軽減する上で大きな役割を果たしてきた。また、社会を安定させる役割をも果たしてきた。しかし、従来の社会主義計画経済の中で決められた公費・劳保医療制度は、現在の中国の社会主義市場経済体制の確立と国有企業の改革の進展とともに、様々な問題をもたらしている。

以下に8項目にわたって、現行の医療保険制度の問題点が挙げられる。

### （1）国家・企業の医療費の過重負担

公費・劳保医療制度は、今まで「無料医療」と呼ばれていた。診察から入院までどんな病気でも医療費がほとんど国家・企業によって負担されてきたため、従業員は自身でお金を支払う意識が薄い。また、劳保医療制度の財源は、企業の「従業員福利基金」からなるが、不足部分が企業の会計から繰り入れることになっているため、そして、現実には有効的な監査体制が欠けているため、企業会計が次第に深刻な赤字となり、企業の重荷になってしまった。

### （2）医療費の急激な増加

経済改革開放以来、医療において高額医療機器の導入、高額輸入薬の使用量増加は医療費の高騰をもたらした。従業員の中で、「一人公費、一家公費」<sup>5)</sup>、「小病大治療」などの現象が氾濫し、医療機関でも、「大処方」、「人情処方」<sup>6)</sup>の現象が至る所に見られる。医療費が高すぎ、無駄が多すぎるのである。

表2は、公費医療保険制度の受給者数と医療費の年次推移を示している。この表から分かるように、公費医療受給者の医療費は1979年の27億元から1997年の797.1億元になり、19年間に、29倍以上に増え、年間平均増加率が19%に達している。しかし、1979年から1997年までの財政収入は7.5倍しか増えず、また、年間増加率は11%にしか達していない<sup>7)</sup>。公費医療保険制度の医療費の支出が、同期の財政収入を大幅に上廻り、国家の大きな財政負担になっているのである。

表3は、国有企業医療費の年次推移を示している。その結果、1978年から1997年にかけて国有企業の従業員の所得総額は約15倍になったが<sup>8)</sup>、国有企業が負担した医療費は約24倍に膨れ上がった。また、従業員1人当たり

所得は1978年から1997年までに、11倍になったものの、受給者1人当たり医療費は約16倍になっている。このように、医療費の高騰が経営不振の国有企業としてはますます経営不振をもたらすという悪循環に陥らせる要因となっているといえるだろう。

### (3) 「劳保医療制度」の企業間の格差

現行の「劳保医療制度」は、企業による自己保障を主とし、経費を企業より自主控除、使用するため、社会共済、管理やサービスなどの社会化の程度が低い。したがって、地方・業種・所有制・企業の違いによって、従業員に対する医療保険待遇は大きく違って来る。企業の経

営状態が良ければ良いほど、従業員に対する医療保険の水準は高い。例えば、経営状態が良い企業では、従業員の医療費が年間で数千元に達し、実費支給となっているが、一部の経営状態が悪い企業では、従業員の医療費が数十元しかなくても、従業員に対して長期遅配となっている。

### (4) 適用範囲の狭さ

現行の公費・劳保医療制度は、国家・事業機関、全民所有制企業及び一部の集団所有制企業の従業員に適用されているだけで、改革開放後にできた外国投資企業、株式制企業、私営企業などの非公有制企業及び個人経営企

表－2 公費医療保険制度の受給者数と医療費の年次推移

年 度	受 給 者		医 療 費		1 人 当 り 医 療 費 額 (元)	財 政 収 入		A/B (%)
	総 数 (万人)	対前年比 (%)	総 額 (億元) A	対前年比 (%)		総 額 (億元) B	対前年比 (%)	
1979	676.7	—	27.0	—	39.9	1146.38	1.2	2.36
1985	—	—	—	—	72.6	2004.82	22.0	—
1989	15695.7	2.6	224.4	22.4	143.0	2664.90	13.1	8.42
1990	16038.7	2.2	268.6	19.7	167.0	2937.10	10.2	9.15
1991	16573.7	3.3	315.0	17.3	190.0	3149.48	7.2	10.00
1992	17044.4	2.8	372.7	18.3	219.0	3483.37	10.6	10.70
1993	17273.2	1.3	461.0	23.7	267.0	4348.95	24.8	10.60
1994	17523.0	1.4	561.2	21.7	321.0	5218.10	20.0	10.75
1995	17682.1	0.9	660.7	17.7	374.0	6242.20	19.6	10.58
1996	17774.6	0.5	737.0	11.5	415.0	7407.99	18.7	9.95
1997	17817.5	0.2	797.1	8.2	447.0	8651.14	16.8	9.21

註：図表のなかの「—」は、不明である。

出所：国家統計局編『中国労働統計年鑑—1999』中国統計出版社、1999年、p.553。

国家統計局編『中国統計年鑑—1999』中国統計出版社、1999年、p.265を参考にして、作成した。

表－3 国有企業医療費の年次推移

年 度	受 給 者 総 数 (万人)	医 療 費		1 人 当 り 医 療 費 額 (元)	所 得		従業員 1 人 当 り 所 得 (元)	A/B (%)
		総 額 (億元) A	対前年比 (%)		総 額 (億元) B	対前年比 (%)		
1978	7451	28.3	—	37.98	468.7	—	629.04	6.04
1985	8990	64.6	16.6	71.86	1064.8	—	1184.43	6.07
1989	10109	186.0	23.0	183.99	2050.2	—	2028.09	9.07
1990	10346	226.4	21.7	218.83	2324.1	13.4	2246.38	9.74
1991	10664	267.5	18.2	250.84	2594.9	11.6	2433.33	10.31
1992	10889	318.2	19.0	292.22	3090.4	19.1	2838.09	10.30
1993	10920	387.9	21.9	355.22	3812.7	23.4	3491.48	10.17
1994	10890	472.8	21.9	434.16	5177.4	35.8	4754.27	9.13
1995	10995	554.7	17.3	506.34	6080.2	17.4	5529.97	9.12
1996	10949	615.7	11.0	562.33	6792.7	11.7	6203.95	9.06
1997	10766	663.8	7.8	616.57	7211.0	6.1	6697.94	9.21

註：1. ここでの所得は、国有企業の従業員の所得を指す。

2. 図表のなかの「—」は、不明である。

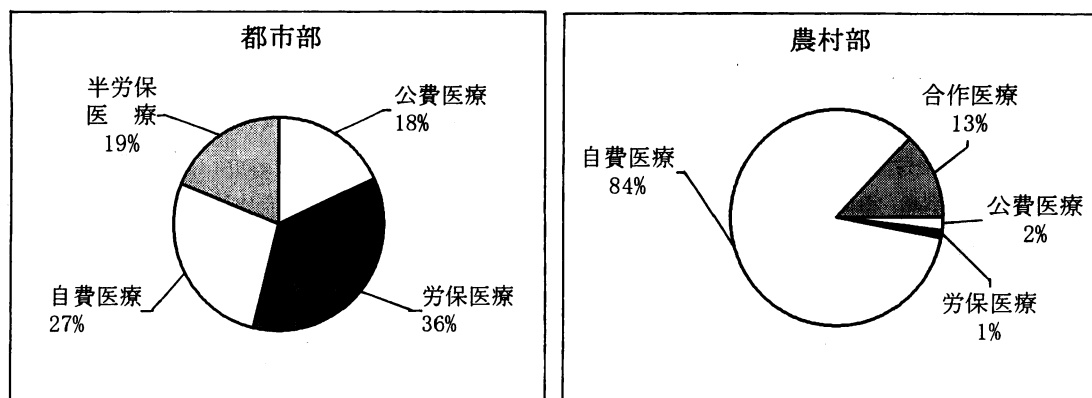
出所：国家統計局編『中国労働統計年鑑—1999』中国統計出版社、1999年、p.570。

国家統計局編『中国統計年鑑—1999』中国統計出版社、1999年、pp.144～157を参考にして、作成した。

業などは、その適用範囲外に置かれてきた。図4は1994年の中国の医療保険制度に対する加入形態を示している。現行の医療保険制度は、1994年に、都市部と農村部を合わせて全国人口の33%の人々にしか適用されていない。残る67%の人は現行の医療保険制度の適用を受けて

いない。

適用範囲の狭い現行医療保険制度は、国民の健康と法的権利を保障することができず、社会的安全面でも不安材料となっている。



- 註：1. 「公費医療制度」の適用者は、都市部と農村部を合わせて全国人口の6%を占めている。  
 2. 「劳保医療保険制度」の適用者は、都市部と農村部を合わせて全国人口の12%を占めている。  
 3. 「半劳保医療保険制度」の適用者は、都市部と農村部を合わせて全国人口の6%を占めている。  
 4. 「合作医療制度」の適用者は、全国人口の9%を占めている。

出所：衛生部『国家衛生服務研究』1995年、p.171を参考にして、作成した。

図－4 1994年中国の医療保険制度への加入形態

#### (5) 医療費財源の不安定さ

公費医療の財源は、国家財政予算になっているが、劳保医療の財源は当該企業の賃金総額の一定の割合を「企業従業員福利基金」としてプールし、使用することになっている。「劳保医療制度」では、企業は現役従業員のすべての医療費用と扶養家族の医療費用の50%を負担するだけではなく、定年退職者の医療費用の全額および定年退職者の扶養家族の医療費用の50%も負担することになっている。しかし、各企業の創立期間、従業員の人数・年齢層及び経営状況の違いによって、各企業の劳保医療制度の医療経費の金額が違ってくる。創立期間と従業員の平均勤続年数が短くて、退職者人数が少ない企業では、負担が軽く、医療経費が余る。逆に、成立期間と従業員の平均勤続年数が長くて、退職者人数が多い企業は、負担が重く、医療経費が不足がちであり、従業員の基本医療を保障することができない。

#### (6) 医療費についての浪費の多さ

医療経費が不足の状況にありながら、その一方で、浪費を続けている企業もある。従業員の中で、「無料医療」は社会主義の優越性を具現するものだという考えがあるため、医療費を節約する意識が薄い。医療費として非医療商品、高価栄養品などを購入するケースがしばしば見

られる。ある調査によると、不適正な医療費支出は、公費・劳保医療費の全支出の20～30%を占めているという<sup>9)</sup>。

#### (7) 管理運営機関の複雑さ

図5に示しているように現行の医療保険制度の運営には、現在、各級財政部門、労働部門、衛生部門、総工会、企業、保険会社及び体制改革委員会等、多くの部門がかかわっているところから、組織間の総合的な調整が必要となる。そのため、形式的な多元化管理によって、結局はどの組織も管理しない部分が生じている。また、一部の共通する事項について、誰もが責任を負わず、なかなか結論が出ない状態を生み出していた。そのことにより、医療保険に関わるコストが高くなると同時に、運営の非効率を招いている。

#### (8) 農村合作医療制度の普及率の低さ

中国の全人口の70%を占める農民で、合作医療制度に加入している者は僅かである。多くの農村では、依然として自給自足の社会経済環境におかれ、医療保険制度を整備してこなかったのである。(図4を参照)

### II 公費・劳保医療制度の改革過程と時期区分

上述のように、公費・劳保医療制度はさまざまな問題

点が存在している。公費・劳保医療制度問題に対して、政府は、1980年代後半から医療保険制度改革を試行し始めた。この改革に関する法規は表4に示されている。また、この改革過程は、大きく3段階に分けることができる。

### 1. 第1段階（1988～1992年）——医療経費の管理方法に関する改革

第1段階は、1988年から1992年までである。1988年3月に、政府は衛生部、財政部、労働部、人事部、国家体制改革委員会、全国总工会と保険会社など8部門を参加させ、「国家医療制度改革検討組」（以下「医改検討組」と略称する）を編成し、具体的な改革内容を研究し始めた。

公費・劳保医療制度改革に関する議論は、医療費用の軽減をどのようにして行うかが集中的に検討された。多吉才讓<sup>10)</sup>によれば、1980年代には医療費用の軽減に

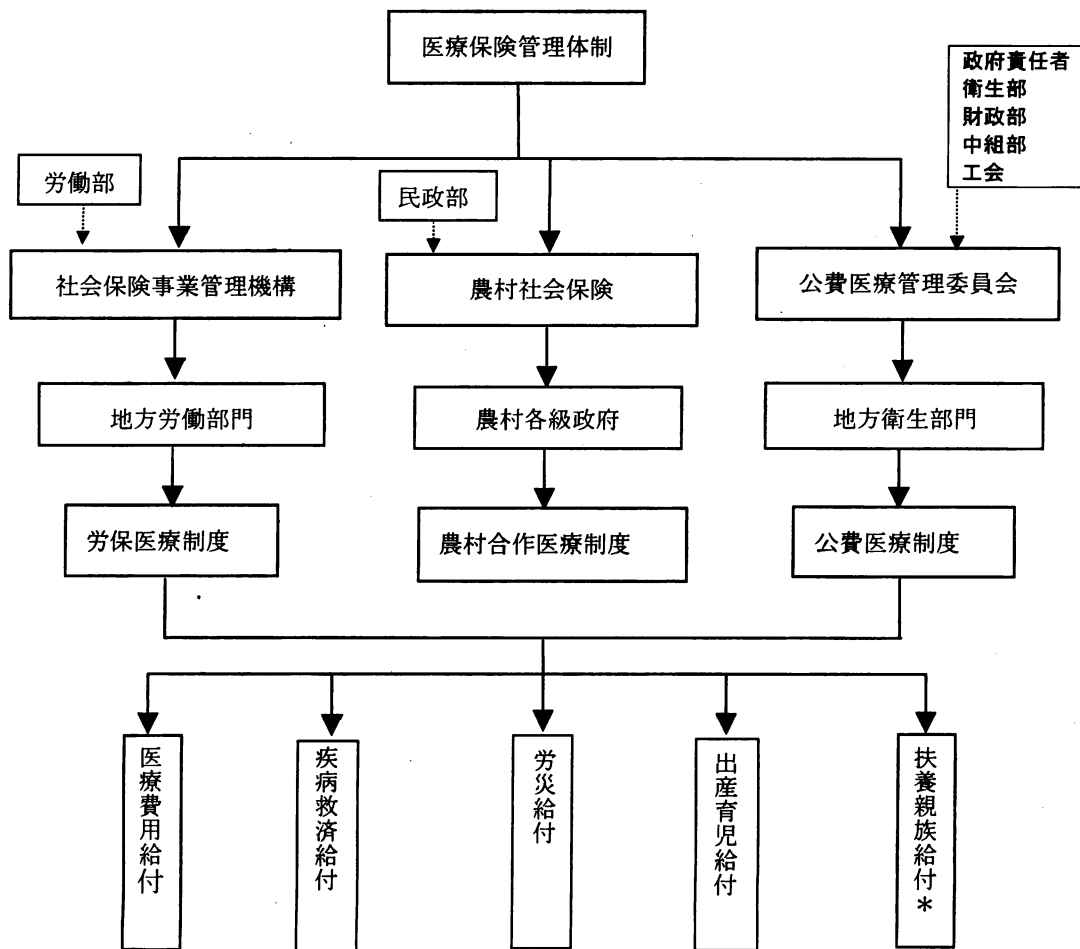
ついて次のような議論が出されていたという。

まず、一つ目は、医療費に関して、勤務年数や年齢に応じた個人に対して定額支給を行い、個人は診察時に、少額の医薬費を支払えば、節約部分は個人に帰すこととし、超過した部分については公費で支払う。

二つ目は、医療費を企業の請負とし、請負額に対する超過支出に関しては、国家財政補填するものである。

三つ目は、医療費を医療機関の請負とし、請負額に対する超過支出の場合は関係企業や国家財政補助で処理し、剰余部分に関しては医療機関に残すというものである<sup>11)</sup>。

その後、「医改検討組」は、中国の国情に合わせるため、大がかりな調査・研究を行った上で、「職工医療保険制度改革企画」を提出した。1989年3月に、国家体制改革委員会は、「国家体制改革委員会1989年経済体制改革要点」第15条の中で、丹東、四平、黄石と株州は、医



註：\*「劳保医療制度」では、扶養家族に対して医療費用の50%を給付されているが、「公費医療制度」では、扶養家族に対する給付しないことになっている。

出所：今野浩一郎編『中国の労働政策と労働市場』日本労働研究機構、1997年、p.160を参考にして、作成した。

図－5 医療保険管理体制の枠組み

表－4 主な医療改革関連法規

年 月 日	法 規 名	公 表 部 門
1984 年 04 月	公費医療管理の強化に関する通知	衛生・財政部
1989 年 03 月	国家体制改革委員会 1989 年経済体制改革要点	国務院
1989 年 08 月	公費医療管理方法	衛生・財政部
1989 年 09 月	私営企業労働管理暫定規則	労働部
1989 年 10 月	全民所有制企業臨時工管理暫定規則	国務院
1992 年 05 月	職工医療保険制度改革に関する通知	国務院
1992 年	職工大病医療費用社会統括に関する意見	労働部
1993 年 11 月	社会主義市場経済体制を築く若干の問題に関する決定	中共十四届三中全会
1994 年 04 月	職工医療制度改革の施行に関する意見	国家体制改革委員会
1994 年 07 月	中華人民共和国労働法	八届八次全人大
1994 年 10 月	国有制企業の破産問題に関する通知	国務院
1994 年 11 月	鎮江市、九江市の職工医療保険制度改革案	国務院
1996 年 04 月	職工医療保険制度改革の拡大施行に関する意見	国家体制改革委員会
1997 年 01 月	衛生改革及び発展に関する決定	国務院
1998 年 12 月	城鎮職工基本医療保険制度の創設に関する決定	国務院
1999 年 06 月	城鎮職工基本医療保険診療項目管理に関する意見	労働・社会保障部
1999 年 06 月	城鎮職工基本医療保険の医療サービス範囲及び支給標準の確定に関する意見	労働・社会保障部

出所：陳風志他編『城鎮職工医療保険制度改革実用手冊』地震出版社、1999 年、pp. 489 ～636 を参考にして、

作成した。

療保険制度改革の施行都市とし、深圳、海南では、社会保障制度の総合改革を施行するように指示した。続いて、1989年8月に、衛生部・財政部は「公費医療管理方法」を公表し、公費医療の給付対象・内容、管理機関及び監督機関の建設などについて、明確に規定した。

国務院は1989年に、丹東、四平、黄石と株州が、医療保険制度改革の施行都市を指定し、実験的な改革が行われた。この改革は主に医療経費の管理方法に対する改革であった。

医療経費の管理方法の改革に関して、以下の四つの方法があげられる<sup>12)</sup>。

#### (1) 公費医療経費を受給対象機関に一括支給する方法

具体的には、財政部門が各級政府・事業機関の規模、人数によって給付定額及び給付人数を決め、それに基づいた公費医療経費を直接受給対象機関に支給し、それを受給対象機関が自己運用管理することである。この場合、医療経費不足部分については、財政部門からの補助は行われない。

#### (2) 医療経費を企業の診療所・病院あるいは指定病院に一括支給する方法

財政部門は受給対象機関を一軒の指定病院に限定し、その「定員数」の医療経費を一定の基準によって、指定

病院に一括支給する。指定病院はガン、精神病などの疾病の一部の医療経費を除くすべての医療経費を負担する。必要に応じて、他の病院へ患者の転院も認めるが、その場合の医療経費の負担は転院先ではなく、この指定病院が負担する。

#### (3) 医療経費を個人に一括支給する方法

この管理方法は最も多くの地方で行われている。

「公費医療制度」では、対象者の勤務年数または年齢によって、その給付基準をいくつかのランクに分け、個人ごとに医療経費を支給する。外来の医療経費は全額が自己負担となるが、入院した場合の医療経費は公費医療管理機構、受給対象機関、個人の三者分担となる。

「劳保医療制度」の多くの場合では、企業が従業員の外来医療経費を負担しない代わりに、毎月従業員に5～50元を「定額医療費」として、給料と一緒に個人に支給する。入院医療費については、企業の経営状況によって実費支給または比率支給となっている。

#### (4) 医療経費を単純に個人の利益と結びつける方法

「公費医療制度」では、対象者の勤務年数または年齢によって、個人負担比率をいくつかのランクに分け、勤務年数が長ければ長いほど、または年齢が高ければ高いほど、個人負担比率が低い。一般的に勤務年数が30年以



上の者について、個人負担額はゼロとなる。また、入院の個人負担比率は外来の個人負担比率より低く設定されている。

一方、劳保医療制度では、「公費医療制度」のように勤務年数や年齢によって医療経費の個人負担比率を調整するのではなく、企業の診療所、病院あるいは指定病院で受診する場合、個人の医療費負担は免除されるが、指定外病院で受診する場合には、医療費の20～30%が自己負担となるのである。

さらに、1992年、労働部は「職工大病医療費用社会統括に関する意見」を公表した。この中で各政府は当地実情を総合的に考えた上で施行するように求められた。1993年末まで、全国225市県、2万3,300企業、262万名職工は、大病医療費用社会統括（以下「大病統括」と略称する）に加入した<sup>13)</sup>。「大病統括」とは、市行政部門を企業に「大病統括基金」を作り、基金は企業と個人の分担、または全額企業が負担して、統一管理・運用することである。そして、「大病統括」は二種類に分けられている。一つは医療費が高い個別病種に対する社会統括である。もう一つは、毎月医療費が一定金額を超え、発生率が高く、長期の治療期間を要する疾病に対する社会統括である<sup>14)</sup>。

## 2. 第2段階（1993～1995年）——改革モデルの実験

第2段階は、1993年から1995年までである。1993年11月、中共十四届三中全会で「社会主義市場経済体制を築く若干の問題に関する決定」が公表された。この中で、社会保障制度の位置づけがなされ、同時に社会保障制度の改革原則、目標、基本方法が策定された。前述したように、1989年から国務院は、丹東、四平、黄石と株州が、医療保険制度改革の施行都市を指定し、実験的な改革が行われたが、成果を上げられなかった。そのため、1994年に国務院は、江蘇省鎮江市と江西省九江市で職工医療保険制度改革案（以下「両江医改案」と略称する）を施行することを決定し、1994年12月から両市政府が改革をスタートさせた。その後、国務院は「両江医改案」を始め、多くの都市を指定し、改めて実験的な改革が行われた。その代表的なケースを示すと、養老保険制度と同様に、個人の保険料積立金（個人医療口座）<sup>15)</sup>と社会医療保険基金（社会医療統括基金）<sup>16)</sup>との結合を図り、新型医療保険制度となり、以下のものである。

### （1）「三段式」両江モデル

両江モデルは政府が推奨したモデルである。江蘇省鎮

江市と江西省九江市で試行されている医療保険制度改革案である。従って、鎮江市と九江市双方の「江」をとって「両江モデル」と言われている。「両江モデル」の管理は、三段式である。すなわち、個人口座段→自費段→社会統括段である。その内容は次のようである。

#### ①給付方法

医療費用が発生した際には、まず、第1段階として、個人医療口座から支出するが、ガンなどの重病で個人医療口座残高を超えた場合、第2段階として、その医療費が年収の5%まで全額個人負担になる。しかし、第3段階として、医療費が年収の5%以上を超えると、一定の個人負担を条件に社会統括医療基金からその超過分が支給される。その個人負担比率は、医療費の額によって異なり、医療費が5千元未満であれば鎮江市の場合、個人負担は10%、九江市では15%になり、5千元～1万元未満であれば鎮江市で8%、九江市で9%が個人負担になり、1万元以上の場合には両市とも個人負担は2%である<sup>17)</sup>。

#### ②財源

医療保険の保険料は、企業と個人本人が共同で負担する。まず、企業は前年度従業員賃金総額と離退職従業員費用総額の10%に相当する金額を企業会計から控除し、これを資金として運営する。そのうち、45歳以下の在職者に対しては、5%を社会医療統括基金に、残り5%を個人医療口座に振り込む。また、45歳以上の在職者に対しては、鎮江市の場合、3%を社会医療統括基金に、残り7%を個人医療口座に振り込み、九江市では3.5%を社会医療統括基金に、残り6.5%を個人医療口座に振り込む。さらに、個人が負担する保険料は、本人前年度の年収の1%であり、全額を個人医療口座に振り込む。

### （2）「混合型」深圳モデル

深圳市の医療保険は、総合医療保険、入院医療保険と特別医療保険の三つで構成される。

#### ①総合医療保険

総合医療保険は、「個人医療口座」と「社会医療統括」との結合原則を実行する。加入対象は、深圳市に常住戸籍<sup>18)</sup>を持つ在職従業員と退職者である。保険料は、在職従業員の場合、本人の毎月賃金総額の9%（個人が2%を負担し、所属企業が7%を負担する）に相当する金額であり、退職者は本人の毎月年金総額の12%（ただし、財政、企業及び養老社会基金が負担し、個人は無拠出である）になっている。この保険料のうち、50%を医療保険基金として社会保険機関へ納め、残りの50%が「個人医療口座」に振り込まれる。総合医療保険加入者が病気になった場合、外来の医療費は「個人医療口座」から、

入院医療費用は社会医療統括保険基金から支給されることになっている。

## ②入院医療保険

入院医療保険の加入対象者は、深圳市の常住戸籍を持たない従業員と失業者になっている。保険料は、所属企業あるいは失業保険機関が市内従業員の前年度平均月額賃金総額の2%に相当する金額を社会保険機関へ納め、個人の負担は免除される。ただし、入院した場合、医療費用は社会医療統括保険基金から支給されるが、外来の医療費は全額自己負担となっている。

## ③特別医療保険

特別医療保険の対象者は、離休者及び二等乙級以上の革命障害軍人である。保険料と医療費用の全額が政府によって負担され、個人は負担しない。

## (3) 海南モデル

このモデルの特徴は、「個人医療口座」と「社会医療統括」を別々に管理する方法を採用している点である。すなわち、「個人医療口座」は個人本人が管理し、外来医療費用、救急費用及び入院医療費用の自費部分を負担する。社会医療統括基金は社会保障局が管理し、入院医療費用を負担する。また、このモデルは適用範囲が広いという特徴を持っている。海南省のあらゆる企業及び従業員いずれもがこの医療保険制度に加入することになっている。

医療保険の保険料は、企業と個人本人が共同負担する。企業の負担割合は従業員月額賃金総額の10%、個人本人が1%とされる。個人経営者の場合は、本人の月収総額の11%を負担しなければならない。

## (4) 北京の「大病統括」モデル（日本の高額療養費支給制度に相当する）

1993年12月に、「北京市西城区大病統括試行措置」が公表され、同区内の企業で試行された。その後、1994年4月1日から、北京市政府は同市内ですべての企業従業員及び定年退職者に向けて「大病統括」の措置を推進した。

この「大病統括」は、従業員及び定年退職者の労災外の疾病につき、初診時から30日間の医療費が合計2千元を超えた場合、この制度の適用を受けると定められている。北京市の「大病統括」は企業従業員の高額医療費に対する集金・調整・支払い及び管理を行う一種の社会医療保険の措置である。

「大病統括」の財源については、企業の負担額は前年度の全市従業員平均月給の6%に企業の従業員数をかけた額である。また、従業員及び定年退職者は前年度全市

従業員平均月給の1%を月ごとに「大病統括料」として納付する。

## (5) 天津、青島モデル

これは、天津、青島の両市で採用されている方式で、「個人医療口座」と社会医療統括保険基金の間に、企業による補充基金を設置するところに特徴がある。

職員・従業員は、まず「個人医療口座」の積立金を使用し、足りないときは前年度の本人賃金の5%まで（5%を上限とする）が自己負担になる。それを超える部分については、企業補充基金と本人が一定の割合により共同で支払う。また、社会医療統括保険基金から支給される基準を超える場合は、その超える部分について、社会医療統括保険基金と本人が一定の割合によって共同で負担する。

こうした5つのモデル以外に、上海市では入院医療保険と急病通院医療保険を実施している。また、成都市、煙台市などは、「大病統括」と類似した「重病医療保険」を実施している。

## 3. 第3段階（1996年～）——「基本医療保険制度」の創設

第3段階は、1996年から現在までである。1996年4月、国務院は鎮江市で「全国職工医療保険制度改革拡大施行工作会议」を開催し、「兩江医改案」の経験を研究した上で、医改案を全国へ拡大施行する際の問題点を検討した。1998年12月14日、国務院が「基本医療保険制度決定」を公表したことにより、医療保険制度の改革は本格的に全国に推進されようとしている。

この段階については節を改め、次節以下で詳しくみることにしたい。

## Ⅲ 「基本医療保険制度」の創設の背景

### 1. 改革過程の問題点

上述のように、1994年から、「兩江モデル」を始め、中国各地でいろいろな方式で改革が試みられてきた。多くの地方では、医療費用を個人の利害と結び付け、「社会医療統括」と「個人医療口座」の相結合という方法を採用した。この方法は、個人負担を導入することによって、医療機関や患者による医療費、医療サービスの過剰消費を抑制し、医療費の無制限な増加をコントロールすることに焦点を置いている。

しかし、この方法は、実施した初期段階においてある

程度の医療費の急増を抑えたが、医療保険制度の問題を根本的に解決することはできなかった。その原因は、「社会医療統括」と「個人医療口座」を相結合という方法は、医療保険制度の特徴に完全に適応できないので、医療費を抑える力も弱いということにあった。

つまり、この方法では、消費する医療費が高額になり、年収の5%を超えると社会統括から給付されるので、個人の負担割合が低くなるため、個人の医療サービスの消費行動を十分にコントロールすることができない。現実では、家族全員が、一人の「個人医療口座」を使って、早めに社会統括段に入る状況が生じている。

また、高い保険料率は（例えば、鎮江市と九江市の医療費の保険料率は賃金総額の10%である）、企業にとって重いのに、保障の水準は期待したほどではないことから、企業の保険加入率が低い。従って、医療保険に加入している企業が保険料を滞納している場合も多いため、基金の費用収集と医療費支出のコントロールが困難である。この問題が生じる原因は、医療保険基金の監督・管理システムが不適切だと考えられる。

一方、この改革は、医療の提供体制にまで踏み込んで行われているとは言えない。

中国では、「医療機関は大規模な災害の救急医療、全国的な予防保健及び公費医療、劳保医療などの任務を担う公益的福祉事業機関である。」<sup>19)</sup>と定められている。建国以来、政府は医療機関の非営利性が一方的に強調されたため、経済的管理がきちんとは行われず、経済効果と利益も無視されていた。医療機関に対する予算は、国が「全額管理、差額補助」という政策を実施することによって、医療機関が完全に国に管理されている。

しかし、改革開放以来、政府による財政援助は「差額一部支給」方式に変わり、政府からの支給額が年々減る一方である。例えば、北京市の統計によれば、1995年に政府は北京市の各病院に対する財政援助額が、各病院が本院の退職者に支給する年金額だけに相当しているため、在職職員の賃金及びその他の支出は医療機関自身が調達しなければならない状況になっている<sup>20)</sup>。

また、政府は医療機関に財政援助不足を補うため、二つの政策の実施に踏み切った。その一つは、医療機関の薬剤品売り上げの15%を医療機関の利益になるようにしたことである。二つ目は、既に行われている基本的な医療技術、サービス項目の料金基準を厳しく制限するのに対して、新技術、新項目の料金基準は医療機関側が決め、当地の物価部門への申告審査を経て制定するようにしたことである。現実では、大体医療機関側が決めた通りと

なっている。

これによって、医療機関は存続を図るため、利潤を求め、高額な医薬品や栄養補助食品、医薬部外品を大量投入し、新しい医療技術や施設を大量に輸入して使用し、また、公費・劳保医療制度の対象者の入院期間を人為的に延ばす原因になっている。国家統計局の資料によれば、薬剤品売り収入は急激に伸びて、それは各医療機関の業務収入の50~80%を占めるようになっている<sup>21)</sup>。改革の中ではこのような現象を抑制する試みも行われているが、医療機関自体の体質を変えるまでには至っていない。

## 2. 社会環境の変化

医療保険制度は、市場経済への転換に伴って、改革の必要に迫られた。また、医療保険制度は社会保障制度の重要な構成部分であり、この制度改革は社会保障制度の改革と連動している。そこで、社会全体の変化を見ておかなければならない。

### (1) 国有企業体制の改革によるレイオフの増加と高い失業率

1978年の経済改革・開放以来、中国の経済は政府主導の国家計画委員会による全面的コントロールから離れ、市場経済に規制された各企業の経済行動の連続として把握されることになった。各企業は、大幅な経済自主権を与えられて、その行動は基本的に市場に委ねられている。

しかし、内外の企業との激しい競争を戦わなければならない国有企業にとっては、おおむね老朽化した設備と技術の制約を受けざるを得ず、また、外資企業に与えられる行政面の優遇措置からも排除されて、その経営基盤は著しく脅かされている。企業としての生存は原則的には独立採算制に委ねられたので、利益創出に失敗した企業は倒産という形で市場から退場させられることになっている。レイオフはその過程で集中的な矛盾として表面化してきたのである。

国家統計局によると、1997年末の都市部の登録失業率は3.1%であった。登録された失業総数は約570万人と見られる<sup>22)</sup>。事実上の失業状態といえる国有企業のレイオフ従業員も1150万人に達し、そのうちの516万人が再就職をし、なお634万人が年末まで未就職である<sup>23)</sup>。国有企業のレイオフ従業員数を加えると、実際の失業率は9%にのぼると言われている<sup>24)</sup>。

政府は、国有黒字企業のレイオフに関しては企業が責任を持つことを強調、そのため、財政的援助を否定する方針をとっている。一方、政府は、国有赤字企業のレイオフに対しては財政、社会、企業の三者による負担する

ことになっている。すなわち、「三三制」<sup>25)</sup>の資金徴収制度が確立されたのである。

国有企業の体制改革に伴い、レイオフ従業員数は更に増加するものと予測され、失業問題の深刻化が予想される。

## (2) 社会保障制度の改革の加速

社会保障制度の改革は、勤労者の基本的生存権を保障するという本来的な目的の他に、現在では、計画経済から市場経済への経済体制改革と、国有企業改革、統一労働市場の創造を促進するという意義も持っている。このような背景のもとに、中国は、全国共通の社会保障制度を確立しようとしているのである。

しかし、中国の社会保障制度は、歴史的に見ると、中国の国情に合わせて作られたシステムである。経済体制改革以前、企業は、社会発展と社会保障制度において重要な役割を果たした。しかも、都市住民は必ずいずれかの企業に所属していた。国家は労働力、物資、資金を企業に投入し、企業は職場だけではなく、居住コミュニティであり、生活保障を得る場であった。したがって、企業は「小社会」と呼ばれ、賃金を保障するだけでなく、住宅、医療、年金、教育などを提供する複数の機能を担ってきたのである。ところが、本来社会全体が担うべき機能を企業経営部門が肩代わりしてきたため、生産性と経営効率が低下した。それに対応するために、従来の

「企業保険」を「社会保険」に転換させることは、第1に解決しなければならない問題である。

また、中国には、特別な戸籍制度が存在しており、この戸籍制度が中国社会の社会秩序を構成する中心的制度である。現行の戸籍制度の枠内では、農民の都市への労働移動は厳しく禁止されていないが、都市の安定的・中心的な労働者層に参入することは許されていない。農民が都市従業員になるのは、あくまでも臨時の場合に限られている。経済体制改革の目的は、「計画による資源配置から、市場による資源配置へ」の移行である。このことは、労働力の問題に関していえば、労働市場が機能し、その労働市場で労働者が自由に移動できるようなシステムを形成することを意味する。そこで、初めて労働者は自由な職業選択ができ、企業は収益性に連動した労働力の調整が可能になる。社会保障制度改革は統一労働市場の創設の前提条件として期待されており、それゆえに急がなければならないのである。

## 3. 医療環境の変化

改革・開放政策により、都市部と農村部の経済はともに発展したが、しかし、その反面、地域間の経済格差が拡大し、インフレをもたらした。医療において高額医療機器の導入、高額輸入薬の使用量増加は医療費の高騰をもたらした。病院の規模別<sup>26)</sup>の外来・入院医療費は表5の通りで、医療設備の整った大病院ほど医療費が高くな

表—5 1997年度総合病院規模別外来・入院医療費

単位：元

	衛生部 直轄病院	省・自治区直 轄病院	直轄市区 省轄市病院	省轄市区 地轄市病院	県病院
1人外来診療平均医療費	139.7	106.4	74.8	57.7	41.8
薬品費	92.8	69.5	46.6	35.0	23.9
1人入院診療平均医療費	7076.3	5564.2	3212.2	1975.9	1365.7
薬品費	3496.8	2783.0	1568.1	967.0	674.7
検査治療費	1810.6	1592.7	923.6	551.7	376.7
1人1日平均入院診療費	449.5	335.0	226.9	193.2	151.5

統計範囲：県以上の総合病院 4052ヶ所

註：検査治療費に手術費を含む

出所：中国統計出版社編『中国衛生年鑑—1998』1998年、p. 385を参考にして、作成した。

表—6 総合病院医療費の推移

単位：元

年 度	1990	1992	1993	1994	1995	1996	1997
1人外来診療平均医療費	10.9	17.2	23.3	29.6	39.9	52.5	68.8
薬品費	7.4	11.6	15.2	19.0	25.6	32.3	42.7
1人入院診療平均医療費	473.3	737.9	1021.0	1273.0	1668.0	2189.6	2596.8
薬品費	260.6	398.6	534.2	669.2	880.3	1091.2	1278.8
検査治療費	104.1	161.7	246.9	311.2	424.8	582.7	730.3
1人1日平均入院診療費	33.6	49.9	72.2	94.6	125.6	171.1	222.2

註：検査治療費に手術費を含む

出所：中国統計出版社編『中国衛生年鑑 1998』1998年、p. 388を参考にして、作成した。

っている。総合病院の外来・入院医療費は表6の通りで、90年と97年の医療費を比較すると6.3倍以上高騰していることがわかる。

従来、職員・従業員本人は無料で医療を受けられたが、最近では、医療費の高騰にともない医療費の10%程度、またはそれ以上の個人負担が生じている。したがって、企業が赤字経営で医療費の支払いが悪い企業の従業員は、医療を受ける時、高額な保証金の前納を要求されることもある。病院は独立採算を基本とする経営形態が主流となり、入院時高額の入院保証金を要求したり、医療費の支払いが見込めない場合は基本的に診療しないということがみられるようになった。

医療保険制度の本格改革は、前に述べたように「両江モデル」から始まった。その後各地では、さまざまな医療保険制度改革が行われた。それらの改革は、基本的に「個人医療口座」と「社会医療統括」を相結合する方式であった。しかし、各地の事情により、社会医療統括基金よりの支払いは支払い限度額を設けたり、使用医薬品を制限したり（「公費医療用医薬品リスト」を基に地方でリストを作成する）、給付内容・基準がまちまちであった。そのため、個人負担額は地方の事情により異なることになっていた。

このように医療制度環境の変化は従業員の意識改革と医療費の抑制に向わせたのであった。

上述のような背景をふまえ、国務院は、1998年10月に、全国的に統一した医療保険制度を設けるという提案を公表した。

#### Ⅳ 「基本医療保険制度」の内容と特徴

##### 1. 多層の医療保障体系の構想

国務院は公表した提案の中に、医療保険制度改革は新内閣の五つの大改革の一つとされ、1998年改革の重点項目としている<sup>27)</sup>。また、医療保険制度改革方針について次のように述べている。

医療保険制度改革の方針は、社会主義市場経済体制を築き上げるという全体的な要求に基づいて、国有企業改革の必要に合わせ、社会主義の初期段階である国情を考え、中国の特徴のある医療保険制度をつくり、職員・従業員に基本的な医療保険を提供し、職員・従業員の健康を保障することである<sup>28)</sup>。

また、医療保険制度改革の主要な目的は、第1に、基

本医療保険基金を設置し、企業と個人両方が医療費を負担するシステムをつくることによって、職員・従業員の基本的な医療を保障する。第2に、医療保険の統一管理基金を設置するための「個人医療口座」をつくり、互いに協力し合い、自己負担の役割を発揮し、医療機関、個人、そして保険機関が互いに協力・制約し合うシステムを形成し、医療費の無駄使いをなくすことである。

そして、新しい中国の医療保障制度の体系については、「時間をかけ、少しずつ基本医療保険・補充医療保険・社会医療救助と商業医療保険を含んだ多層の医療保障制度を形成するもの」とされている<sup>29)</sup>。

新しい医療保障制度の体系は、基本医療保険制度が基礎になっている。今まで存在してきた「社会保険」としての医療保険を「基礎医療保険」と概念化することによって、その役割を最低限のものにするところにねらいがあった<sup>30)</sup>。

また、新しい医療保障制度の体系の中には、補充医療保険がある。補充医療保険とは、企業や公的機関が基本保険費以外に、職員・従業員のために第二の保険制度を形成することをさす。

そして、社会医療救助は、都市部で貧困状態に落ちている人々を対象として行われる無償の医療援助である。

また、個人の任意加入による商業医療保険も医療保障体系に組み込むことが方向付けられた。

##### 2. 「基本医療保険制度」の特徴

「基本医療保険制度」は、経済体制改革に適応し、職員・従業員の基本医療を保障することになり、今までの企業（内）福祉型の公費・劳保医療制度を社会的管理の医療保険制度に転換させることである。「基本医療保険制度」は、現行の公費・劳保医療制度と比較して、以下の特徴を持っている。

###### (1) 給付水準が低く、適用範囲が広い

「基本医療保険制度」の給付水準は、中国の目下の生産力発展レベルに対応し、資金調達レベルを財政と企業の実際受容能力に基づいて確定している。従来の公費・劳保医療制度の給付内容は充実でかつ水準も高いものであったのに比べ、「基本医療保険制度」では、基本医療保険薬名、診療項目、基本医療保険サービスの範囲・基準および最低給付基準額と最高給付基準額などが、詳細に限定されており、給付の「低水準」の原則が現れている。また、中国全国都市部・郷鎮のあらゆる企業及び従業員はいずれもすでに「基本医療保険制度」に参加することが決めており、適用の「広範囲」性が見ら

れる。

## (2) 保険料、医療費が労使双方負担

公費・劳保医療保険制度の保険料、医療費はほとんど国家・企業が負担してきた。そのために従業員と医療機関の節約意識が薄く、医療資源を浪費してきた。それに対して、「基本医療保険制度」では、保険料、医療費は企業と従業員が共同負担するものとし、基本医療保険基金の財源を拡大する一方で、個人の自己保険意識を高めようとしている。

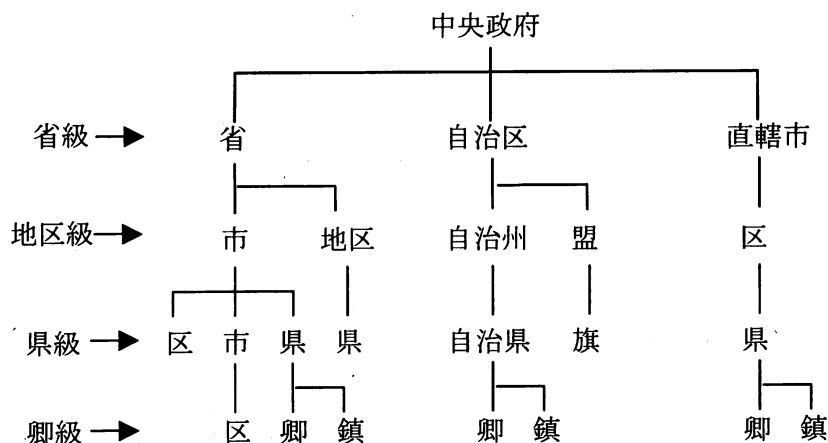
## (3) 「個人医療口座」と「社会医療統括」が導入

基本医療保険基金は、「個人医療口座」と「社会医療統括」の相結合を実行する。「個人医療口座」は主に低

額の医療費に向けられ、「社会医療統括基金」は主に高額な医療費に向けられることである。また、「個人医療口座」が貯蓄機能を発揮し、「社会医療統括」は医療基金の共済機能を発揮することができる。

## (4) 管理の一元化を図る

今まで、医療保険制度の管理は多くの部門にまたがっていたが、「基本医療保険制度」では、原則として地区レベル以上の行政区を統一管理の行政機関とする（図6を参照）。少数の地区レベルの行政区内については、県（市）の経済発展の現状と医療消費の格差がかなりあるので、県（市）レベルで統一管理の行政機関とすることも可能である。中央、省に直接に所属する団体は、属地の管理原則に従って、所在地の基本医療保険に加入する。



註：省級は日本では都道府県に相当する（直轄市の区部の区域は政令指定都市に相当）。地区級（市、地区、県）は市町村に該当する。県・郷級郡は、市町村内のブロックまたは字（集落）に相当する。

出所：（株）綜研編『99年版中国富力』1999年、p.33を参考にして、作成した。

図-6 中国の行政地域区分

## (5) 定点医療機関・薬局<sup>31)</sup>の実現

「基本医療保険制度」では、基本医療保険で使用から認められる薬品目録、診療項目及び医療サービス施設基準の制定を通じて、医療保険基金の薬品、診療項目と医療サービス施設範囲及びその給付基準を規定する。基本医療保険サービスを提供する医療機関と薬局を指定し、管理を行い、労働・社会保障の行政管理機関が上記の医療機関や薬局などの資格を認定し、社会保険機関が被保険者の選択に従って、定点医療機関と定点薬局を確定する。

これによって、今までの指定医療機関で診療を受けることと異なっており、職員・従業員は任意の定点医療機関で診療を受けることができる。

## (6) 補充医療保険制度の確立

「基本医療保険制度」を実行すると同時に、企業の補充保険と商業医療保険による補填を図ることである。

企業の補充保険制度は日本の企業保険に類似するものである。この制度の保険料は、企業の納付率が賃金総額の4%以内とされ、個人の納付率および給付内容については、まだ、明らかにしていない。

## 3. 「基本医療保険制度」の主な内容

### (1) 財源

保険料は、企業と従業員が共同で負担することになっている。企業の納付率は、賃金総額の6%であり、このうちの70%を社会医療統括保険基金に納付し、30%が従

業員の「個人医療口座」に積み立てられる。個人の納付率は、本人賃金総額の2%とし、全額を「個人医療口座」に繰り入れる。計算すると、次のようになる。

個人医療口座に積立てられた賃金総額の割合 =  $2\% + 6\% \times 30\% = 3.8\%$

社会医療統括基金に納付した賃金総額の割合 =  $6\% \times 70\% = 4.2\%$

## (2) 保険対象

「基本医療保険制度」の適用対象者と統括範囲は次の通りになっている。

適用対象者は、中国全国都市部・郷鎮のあらゆる企業及び従業員となっている。すなわち、企業（国有企业、集団企業、外国投資企業、私営企業など）、国家機関、事業機関、社会团体、民営非企業機関を含む都市部のあらゆる雇主及びその従業員である。郷鎮企業及びその従業員、都市部の個人経営者及びその従業員が基本医療保険制度に参加するかどうかは、各省、自治区、直轄市の人民政府が決定することになっている。

かつて、公費・劳保医療保険制度の適用外であった外国企業や私営企業などの加入が義務付けられ、郷鎮企業と都市部の個人経営者を100%捕捉する保証はまだできないが、従来の医療保険制度より、保険対象者は大きく拡大した。

また、この保険の統括範囲は市、県、郷を含む地以上の行政区と定められ、北京、天津、上海の3直轄市は例外的に全市を統括範囲とすることが定められた。

## (3) 給付方法と保険待遇

「基本医療保険制度」の原則は、「社会医療統括」と「個人医療口座」の連動をもたす。従って、基本医療保険基金は社会医療統括基金と「個人医療口座」となる。この二つの基金は、別々に給付範囲を画定し、採算を図り、決して混同されないものである。「個人医療口座」は主に本人の外来診察または低額医療費の支払いに使う。社会医療統括基金は、主に入院や高額医療費の支払いに使う。社会医療統括基金の最低給付基準額は、原則上、当地従業員の年平均賃金の10%までに止め、最高給付基準額は、当地従業員の年平均賃金の4倍を限度としている。最低から最高基準額までの給付は、主として社会医療統括基金から支給されるが、個人も一定比率の医療費用を負担することになっている。最低給付基準額以下の医療費用は、「個人医療口座」または個人から支払われる。最高給付基準額を超えた場合の医療費は、商業

医療保険などのルートを通じて解決を図られることになっている。

この他、基本医療保険制度では、若干の者に対して例外的な医療保険待遇が設けられている。例えば、公務員が基本医療保険に加入する際、医療補助政策を享受することができる。定年退職者については、個人が保険料を納付することはしない。従って、「個人医療口座」の振り込む割合は在職者より高く、個人負担の医療費用の割合は在職者より低い基準となされる。具体的な数字は、各地政府が当地の実情によって決めることにしている。特定の業種において、企業が平均賃金総額の4%を超えない範囲で、さらに、保険料を負担するという企業補充医療保険制度を打ち立てる。また、国有企业からの失業者の医療保険料は、企業が納付する部分と個人が負担部分を合わせて、いずれも再就職サービスセンターが当地前年度の従業員平均賃金の60%程度を目安として納付する。

## (4) 管理と監督

「個人医療口座」の元金と利息は、職員・従業員の所有となり、現金で引き出すことや他の目的に使用することはできない。しかし、翌年度に繰り越して使用することはできる。

基本医療保険基金は、財政専用口座に納めて管理される。また、特別支出金は、加入者の基本医療保険にしか使えず、企業・個人を問わず、それを転用することはできない。社会保険運営機構は、基本医療保険基金を徴収、管理し、医療費用の給付を担う。そして、健全な基金の予算制度、財務会計制度及び内部会計監査制度を設ける。この事業経費は各級財政予算で負担されるが、基本医療保険基金から引き出すことができない。

各級労働・社会保障部門と財政部門は、社会保険運営機構を監督する。また、各級政府関連部門の代表、企業代表、医療機関代表、工会代表及び関連専門家により、医療保険基金監督組織が作られ、基本医療保険に対する社会監督を強化する。

## (5) 医療サービスの関連改革

限られた基本医療保険基金によって、最大の効果を発揮するためには、基本医療保険基金の管理を強化するだけでなく、医療・衛生体制の関連改革も必要となっている。

基本医療保険制度では、以下の措置が設けられている。

①基本医療保険サービスの範囲・基準、医薬費用の計算法、国家基本医療保険薬名及び診療項目を明確にす

る。

②基本医療保険制度は、医療機関と薬局の定点管理を実施し、定点医療行為の基準を制定する。また、医療衛生資源の有効利用を高めるため、競争メカニズムが導入され、加入者は任意定点医療機関で診療を受けられ、処方を持って定点薬局で薬を購入することができる。

③医療と薬品の決算と管理を、別々に行う制度が設けられ、医療サービスと薬品流通の競争メカニズムをつくり、医療費用の水準を合理的に統制する。

④医療機関と薬品の内部管理を強化し、医薬コストを低下させる。

⑤医療機関の分布は合理的に調整する。

## おわりに

1978年の経済改革・開放以来、中国の経済は社会主義計画経済から、社会主義市場経済に移行した。社会主義市場経済体制の進展に伴う国有企業の民営化と競争の激化による大量の余剰人員の問題が顕在化した。社会保障制度の完備は、社会、経済の発展へ向けた人々の意欲と最低限の生活の安定を確保するための前提条件である。

医療保険制度も市場経済への転換につれて、改革の必要に迫られた。高度集権的計画経済時代につくられた「公費・劳保医療制度」は、経済発展、国民の健康と医療水準の向上に大きく貢献した。しかし、現在の社会主義市場経済体制のものでは、様々な問題が現れた。また、社会主義市場経済の発展への阻害要因にもなっていた。

従来の「公費・劳保医療制度」は、第2章に述べたようにさまざまな問題点があった。そして、その問題に対して、政府は1980年代後半からいくつかの都市を指定し複数の制度を各地で、実験的な改革が行われた。実験的な改革は、基本的に「個人医療口座」と「社会医療統括」を相結合という形で進められていた。この形の改革は、個人に「個人医療口座」を設け、個人と企業が積立て、通常、当該口座より医療給付を行うが、一定額を超えた場合の給付を社会医療統括基金で賄うというものである。この他、高額医療費について「大病統括」基金を設け、医療費を社会統括する制度も各地で試行された。

こうした成果を踏まえ、1998年12月に、国務院は「基本医療制度決定」を公表した。それにより、「基本医療保険制度」は、全国的な統一する医療保険制度として設立された。

「基本医療保険制度」は広い適用範囲を持つために、都市部の職員・従業員の健康が保障され、合法權益も保

護される。また、これは異なる所有制経済の共同発展の促進、企業負担の軽減、公平な競争環境作りにとって有利でもある。そして、統一労働市場の創出、自由な労働移動の促進、基金の統一的調達、リスクの防止にも役立つことができる。この制度は、基本的に中国の現状に即したものといえよう。

しかし、「基本医療保険制度」は市場経済に沿って大きく保険原理を採り入れているが、また、問題点がいくつか存在し、解決すべき課題も多い。ここで、それらの点を以下にまとめて、結論としたい。

「基本医療保険制度」は、「個人医療口座」を設けることとしている。これは、患者にコスト意識を働かせることにより医療費の抑制を図ることが目的としている。しかし、「個人医療口座」を設けることにより、どの程度まで医療費の増加を抑制できるのか、疑問である。

また、「基本医療保険制度」では、最高給付限度額は、当地従業員の年平均賃金の4倍となっている。しかし、この規定は適切かどうか、あるいは個人負担は、どの程度が可能なのか、未解決である。

医療保険制度の改革と同時に、医薬・医療機関体制の改革が必要とされている。1999年に政府は保険適用の対象となる薬剤目録や診療項目に関する標準などが策定された。今後、医療サービスに対する管理強化や医療機関の競争促進、薬剤と医療の分離管理などの改革が進められようとしている。

しかし、医療機関の自由競争が実現するには、診療サービスの合理的な料金基準が必要である。現在、国有企業の改革によるレイオフの増加と高い失業率を抱えている政府としては、診療サービスの料金基準を引き上げることは、どうしても避けたいところであり、また、見送ることとなった。診療サービスの料金基準を引き上げない限り、病院の赤字財政運営が続くこととなる。そうすると、政府による高額財政援助されない病院側としては、各種手段で患者の負担を増加させる可能性があるだろう。それも、また、医療費の増加をもたらすことになる。

現在、最も難しいとされる医療保険制度改革が年金と失業制度よりも立ち遅れ、その緒に就いたばかりであり、これからが正念場となろう。

## 【註】

1) 「劳保医療制度」の総称は「企業労働者医療保険制度」である。この制度の保険料は企業側が全額支払いし、従業員個人が無拠出とされている。

2) 宋曉梧他編『中国社会保障制度建設20年』中州古籍



出版社、1998年、p.23。

3) 「公費医療管理委員会」は地方政府において、政府関係責任者及び衛生・財政・組織人事・医薬・組合などの責任者によって構成される。

4) 離休・退休は日本の定年退職に相当する。しかし、それぞれの条件がある。離休者は第一、第二次国内戦争時に革命に参加した者と抗日戦争時の参加者のうち、副県長以上及び幹部級14級以上の者が対象となる。離休後の待遇は、離休時の給料の全額を支給する。退休者は、一般の労働者の場合である。定年退職の年齢は、男は満60歳、女は満50～60歳になっている。

5) 「一人公費、一家公費」とは、家族成員のなかで、誰が、一人が公費医療受給対象者である場合に、他の家族成員がその公費医療対象者の名前を乗って病院で診察を受けることにより、その医療費を公費医療費と公費医療制度から支払わせることを意味する。

6) 「人情処方」とは、公費医療対象者が医者に頼んで自分の病気と関係ない薬あるいは高額栄養品、化粧品などを処方でもらうことを意味する。

7) 『中国統計年鑑－1999』中国統計出版社、1999年、p.265。

8) 同期にGDPは約20倍増加している——典拠：同上、p.55。

9) 中国社会保障編集部『中国社会保障』中国社会保障出版社、1999年第3期、p.24。

10) 中国社会学重鎮。

11) 多吉才讓『新时期中国社会保障体制改革的理論与实践』中共中央党校出版社、1995年、p.124。

12) 陳風志編『城鎮職工医療保険制度改革実用手冊』地震出版社、1999年、pp.21～23。

13) 前掲(2)、p.105。

14) 雛曉美編『職工熱點——賃金・社会保険知識問答』中国工人出版社、1997年、pp.143～144。

15) 「個人医療口座」とは、従業員の名義で作られた銀行の口座あって個人貯金に類似したものである。これによって、保険料の納付に対する個々の労働者の自覚と参加意識を引き出しことを期待される。また、企業に対しては、費用負担という意識を持たせるように刺激することができる。

16) 「社会医療統括」とは、社会医療保険基金を設立し、すべての企業が賃金の一定比率で社会保険料を納付し、社会全体で一定の基準によって支払うシステムである。

17) 同上、p.73。

18) 中国の戸籍管理は、1958年に発表された「戸籍登記条例」によって管理されてきた。この条例により、中国

の戸籍は、都市戸籍と農村戸籍を区別している。義務教育など、公的サービスと受ける場合は、戸籍上の住所に居住することが必要とされている。そのため、農村戸籍保持者の都市部の流入、中小都市部戸籍保持者の大都市部の流入を厳しく制限してきた。たとえ、仕事、結婚などの原因で、他の都市に行っても、「暫時戸籍」しかもらえない。「常住戸籍」をもらうためには、様々な条件に合わせて、複雑な手続きが必要である。

19) 戴園晨編『医療保障体制改革』広東経済出版社、1999年、p.144。

20) 同上、p.145。

21) 同上、p.147。

22) 前掲(2)、p.83。

23) 同上、p.86。

24) 同上。

25) 1998年6月に発表された「レイオフ従業員の基本生活保障、再就職工作に関する通知」によると、レイオフ従業員が存在する国有企業はすべて再就職サービスセンターを設置することになっている。センターの運営費用は財政資金、企業負担、失業保険基金などの社会負担の三者で3分の1ずつ負担することが「三三制」と呼ばれている。

26) 中国の病院は、行政地域区分により、その規模が決められる。国から与えられた診療・教育任務、設備条件、技術レベルおよび医療サービスの質などに対しては、分級管理になっている。

27) 中国社会保障編集部「中国医改面臨的挑戰」『中国社会保障』、1998年第6期。

28) 同上。

29) 前掲(2)、p.122。

30) 前掲(17)、p.91。

31) 定点医療機関とは、労働・社会保障部門の資格の認定を受け、社会保険機関と契約し、「基本医療保険制度」の被保険者に基本医療保険サービスを提供する指定医療機関である。定点薬局とは、労働・社会保障部門の資格の認定を受け、社会保険機関と契約し、「基本医療保険制度」の被保険者の処方箋を受ける指定薬局である。

## 〈参考文献〉

## 中国語文献

- ・ 侯文若「社会保障体系」『中国社会保障』中国社会保障雑誌社、1999年第1期。
- ・ 史探徑「我国社会保障法の体系と基本原則」『中国社会保障』中国社会保障雑誌社、1999年第7期。
- ・ 馮蘭瑞『中国社会保障重構』経済科学出版社、1997年。
- ・ 國務院課題組「發揮中国人民保險公司の我が国保險事業中の作用發揮する」『中国社会保険制度改革』中国社会科学出版社、1993年。
- ・ 宋曉梧他編『中国社会保障制度建設20年』中州古籍出版社、1998年。
- ・ 王東進『中国社会保障制度』企業管理出版社、1998年。
- ・ 劉雄『社会保険通論』中国労働出版社、1997年。
- ・ 曾憲樹『社会保険と社会保険爭議處理實務』人民法院出版社、1997年。
- ・ 多吉才讓『新時期中国社会保障体制改革的理論与实践』中共中央党校出版社、1995年。
- ・ 中国法制出版社編『中華人民共和国社会保険法規選編』中国法制出版社、1995年。
- ・ 田春潤「医療保険用藥管理展望」『中国社会保障』中国社会保障雑誌社、2000年第1期。
- ・ 元涛「完善医療保険用藥管理」『中国社会保障』中国社会保障雑誌社、2000年第2期。
- ・ 孟偉「社会保険機構在医療保險改革中的作用」『中国社会保障』中国社会保障雑誌社、2000年第2期。
- ・ 労働社会保障部編『城鎮職工基本医療保險定点医療機構医療服務協議文本』中国社会保障雑誌社、2000年。
- ・ 労働社会保障部編『城鎮職工基本医療保險定点薬局服務協議文本』中国社会保障雑誌社、2000年。
- ・ 労働社会保障部編『城鎮職工基本医療保險業務管理規定』中国社会保障雑誌社、2000年。
- ・ 陳風志編『城鎮職工医療保險制度改革実用手冊』地震出版社、1999年。
- ・ 戴園晨編『医疗保障体制改革』広東經濟出版社、1999年。
- ・ 尹力「職工医療保險制度改革全面啓動」『瞭望』1998年、第41期。
- ・ 宋言榮「医療保險如何規避風險」『光明日報』1998年6月5日。
- ・ 張學順「医療従事者の医療保險改革觀」中国社会保障雑誌社、2000年第6期。
- ・ 盛竜志、熊家余「医療保險：荊州如何開处方箋」中

国社会保障雑誌社、2000年第6期。

- ・ 王文軍『養老、医療社会保険最新知識問題』工商出版社、1999年。
- ・ 中国社会保険編集部「中国医改面臨的挑戰」『中国社会保障』中国社会保障雑誌社、1998年第6期。
- ・ 中国社会保障編集部「推動医藥衛生体制改革」『中国社会保障』中国社会保障雑誌社、2000年第6期。
- ・ 労働、社会保障部「中国社会保険体系基本形成」『人民日報：海外版』1999年6月17日。
- ・ 労働、社会保障部「談医療保險制度改革」『中華老年報』1999年1月4日。
- ・ 中国社会科学院中国社会保険制度研究課題組『中国社会保険制度研究』中国社会科学院出版社、1999年。
- ・ 侯文若『現代社会保障制度』中国經濟出版社、1994年。
- ・ 衛興華、魏杰『中国社会保障制度研究』中国人民大学出版社、1994年。
- ・ 沈華亮『中国都市健康保障制度』中国医藥科技出版社、1995年。
- ・ 陳立、李虹『社会保障：市場經濟の安定劑』中共中央党校出版社、1996年。
- ・ 唐鈞『中国都市住民貧困線研究』上海社会科学院出版社、1998年。
- ・ 遲宝蘭、朱弘旭「我が国医院の發展趨勢」『中国医院管理』中国医院管理雑誌社、1996年、第1期。
- ・ 任真年「現時点の医療質量管理の難点と対策」『中国医院管理』中国医院管理雑誌社、1996年、第1期。
- ・ 中国社会保障制度総覽編集委員會『中国社会保障制度総覽』中国民主法制出版社、1995年。
- ・ 李怡、汪福安『新保險指南』經濟管理出版社、2000年。
- ・ 施明才『社会保険基金管理』中国労働出版社、1996年。
- ・ 令狐安『全国企業労働人事工資分配社会保険制度改革經驗選編1993』中国労働出版社、1993年。
- ・ 孫敬之、袁永熙、李競能「80年代中国人口變動分析」中国財政經濟出版社、1996年。
- ・ 孫炳耀「人口年齡構造と老年社会保障財源方式」『中国人口科学』（京）、1999年第3期。
- ・ 唐鈞、王嬰「中国老年福利服務改革：調査と思考」『中国人口科学』（京）、1999年第3期。
- ・ 余暉鴻「レイオフ従業員の基本生活保障と再就職工作」『特区理論与实践』、1997年第7期。

## 日本語文献

- ・ 吉原健二、和田勝『日本医療保険制度史』東洋経済新報社、1999年。
- ・ 伊藤周平『介護保険と社会福祉—福祉・医療はどう変わるのか』ミネルヴァ書房、2000年。
- ・ 西村周三『医療と福祉の経済システム』筑摩書房、1997年。
- ・ 社会保障研究所編『医療』有斐閣、1992年。
- ・ 岳頌東他「中国労働システム研究のためのノート」『日本労働研究機構研究紀要』No. 11、1996年。
- ・ 遊川和郎「中国の社会保障制度改革その現状と課題」『日中経協ジャーナル』1998年。
- ・ 中江章浩『21世紀の社会保障』第1書房、1998年。
- ・ 中野謙二『中国の社会構造』大修館書店、1997年。
- ・ 今野浩一郎主査『中国の労働政策と労働市場』日本労働研究機構、平成9年。
- ・ 田辺義明『中国社会の構成原理』新泉社、1999年。
- ・ 川上武『21世紀への社会保障改革』勁草書房、1997年。
- ・ 丸尾直美『市場指向の福祉改革』日本経済新聞社、1996年。
- ・ 凌星光『中国の経済改革と将来像』平文社、1996年。
- ・ 中兼和津次『中国経済発展論』有斐閣、1999年。
- ・ 総合研究開発機構編『中国市場経済の成長と課題』N T T出版、1999年。
- ・ 筒井紀美『大国の難—21世紀中国は人口問題を克服できるか』新曜社、2000年。
- ・ 岩崎栄編『医を測る—医療サービスの品質管理とは何か』厚生科学研究所、1999年。

### Summary

The purpose of this paper is to examine the historical development of health system in China. Following the economic reform, several changes have been implemented in the social security system and new Basic Medical Insurance System is replacing the public health service system in the urban areas.

This article consists of four parts as follows:

First part reviewed the historical development and the current situation of the National Medical Security System. The second part summarised limitations of the National Medical Insurance System. The third part examined the background of the introduction of the Basic Medical Insurance System. And the last part focused on the contents and features of the Basic Medical Insurance System.